Separat-Abdruck aus der „Wiener Medizinischen Presse“ 1886.
Verlag von Urban & Schwarzenberg.



Mittheilungen aus der medizinischen Klinik des Prof. Korczynski in Krakau.

Ueber Hypersekretion und Hyperacidität des Magensaftes.

Von **Dr. A. Gluzinski** und **Dr. W. Jaworski**, Dozenten in Krakau.

Seit mehreren Jahren haben wir sowohl in polnischen als deutschen Fachschriften eine Reihe von Beobachtungen veröffentlicht, welche sich auf die in der hiesigen medizinischen Klinik vorgenommenen internen Magenuntersuchungen beziehen. Wir hatten dabei Gelegenheit, wiederholt eine Frage zu erörtern, welche für die einschlägigen Untersuchungen von einschneidender Bedeutung ist. Da diese Frage heute von vielen Seiten lebhaft diskutirt wird, so sehen auch wir uns veranlasst, in die Diskussion abermals einzugreifen.

Bis in die jüngste Zeit wurde als alleinige Funktionsstörung des Magenchemismus Ausfall von HCl und Pepsin angegeben. Denn noch Leube sagt bei der Angabe seiner Eiswassermethode („D. Arch. f. kl. Med.“, Bd. 33), dass bei der Mehrzahl der Magenkranken der Magensaft säure- und pepsinfrei sei. Wir haben aber, mit Leube's Methode experimentirend, schon im März 1884 im „Krakauer Przegl. lekarski“ hervorgehoben, dass nicht der Mangel an HCl, sondern die übermässige Sekretion desselben die gewöhnliche funktionelle Störung bildet.

Unseren Beobachtungen sind zwei Publikationen des Kollegen Reichmann aus Warschau („Berl. klin. Wochenschr.“, Nr. 40, 1882 und Nr. 2, 1884), der das Verdienst hat, der Erste auf die saure Hypersekretion aufmerksam gemacht zu haben, vorausgegangen. Unsere weiteren Untersuchungen über

Eiweissverdauung lieferten das Ergebniss, welches am 2. Juni 1884 während der Versammlung polnischer Naturforscher und Aerzte in Posen vorgelegt wurde, dass es nämlich eine besonders zahlreiche Gruppe von Magenfunktionsstörung mit übermässig kontinuirlicher Salzsäuresekretion gebe. Wir haben damals bei 33 gut untersuchten Fällen 10 saure Hypersekrete gefunden („Gazeta lek.“, 1884, Nr. 37). Nun mehren sich kasuistische Mittheilungen über die sogenannte Hypersekretion: von Sahli 1 Fall („Korr. schweiz. Aerzte“, 1885); Schütz 1 Fall („Prag. med. Wochenschr.“); von den Velden 3 Fälle (Sammlung kl. Vortr. von Volkmann, Nr. 280); Riegel 2 Fälle („Münch. med. Wochenschr.“, 1885). In allen diesen Veröffentlichungen ist aber an keiner Stelle über die von uns schon veröffentlichten Fälle von Säurehypersekretion, wahrscheinlich aus Mangel an Kenntniss der polnischen Sprache, Erwähnung gethan. Zwar haben wir unsere Arbeit auch in deutscher Sprache im Jänner 1885 der Redaktion der Zeitschrift für klinische Medizin zugeschickt; dieselbe erblickte aber das Tageslicht aus uns unbekannten Gründen erst im April 1886 im XI. Bande, Heft 1 und 2, aber schon in Begleitung von Riegel's Abhandlung [1]), betitelt: Beiträge zur Lehre

[1]) Wir sind vorläufig gezwungen, in Angesicht der ungerechtfertigten Vorwürfe und des sinnentstellenden Referates dieser unserer Arbeit in Nr. 46 des „Zentralblatt für klin. Med.“ d. J. von Riegel's Assistenten v. Norden aus Giessen, der die Arbeit nicht verstanden, wahrscheinlich aber hat nicht verstehen wollen, zur Wahrung unserer Prioritätsrechte gegenüber Riegel Stellung zu nehmen. In diesem parteiischen Referate wird uns unter Anderem die Nichtberücksichtigung der diesbezüglichen Literatur, und keine übersichtliche Anordnung des Versuchsmaterials vorgehalten, dagegen die wichtigsten, für die Pathologie der Magenverdauung von eminentester Bedeutung von uns gefundenen Versuchsresultate, welche mit Riegel's später gefundenen übereinstimmen, todtgeschwiegen. In Angesicht dessen müssen wir anführen, dass bis zum 2. Juni 1884, wo unsere abgeschlossene Arbeit, mit literarischem Eingange und übersichtlichen Tabellen ausgestattet, vorgelesen wurde, später aber auf bedingungsloses Verlangen in dieser Richtung abgekürzt werden musste, ausser Leube's Methoden-Untersuchungen keine ihres Gleichen in der Literatur hatte, denn die erste noch nichtssagende Arbeit Riegel's erschien im Dezemberhefte (1884) des „Deutsch. Arch. f. klin. Med.“, also ein halbes Jahr später nach der unsrigen Publikation. Wir nehmen uns somit nicht nur das volle Prioritätsrecht, was uns auch von der Redaktion der „Zeitschrift für klinische Medizin“ schriftlich eingeräumt wurde, auf Riegel's später veröffentlichte Versuchsresultate, sondern kehren den Vorwurf um, warum Riegel und seine Klinik die unsrigen Arbeiten aus Krakau mit keinem Worte berücksichtigt hatte. Der Giessener Referent hätte somit besser gethan, statt uns Lektionen im Aufsetzen von Abhandlungen zu geben, das unparteiisch und gewissenhaft zu referiron, was die Abhandlung enthält. Ueber den ganzen Sachverhalt und den eigentlichen Inhalt der Abhandlung werden die irregeführten Leser erst aus einer Berichtigung, welche wir der Redaktion des Zentralblattes zugeschickt haben, Näheres erfahren. Gluzinski. Jaworski.

von den Störungen der Saftsekretion des Magens, in welcher Arbeit derselbe noch zweier anderer Fälle von saurer Hypersekretion Erwähnung thut; hier äussert sich RIEGEL folgendermassen: „Wenn auch viel seltener vorkommend, als die akuten Formen, so sind doch die Fälle chronischer Hypersekretion des Magensaftes von grosser klinischer Bedeutung. Bis jetzt liegen nur sechs genauer beschriebene Fälle dieser Erkrankungsform vor, das sind beide Fälle REICHMANN's und meine vier Fälle.“ Ueber unsere zehn längst veröffentlichten Fälle aus der polnischen Fachschrift wird da Erwähnung nicht gethan. Merkwürdig ist es, dass STICKER in dem Aufsatze über Hypersekretion und Hyperacidität in der „Münchener med. Wochenschrift“ sich auf die erwähnten Beobachtungen von RIEGEL stützt, unsere 12 aber, in demselbeu Hefte beschriebenen Fälle gar nicht berücksichtigt. Trotzdem glauben wir berechtigt zu sein, dass nach Veröffentlichung der zwei REICHMANN'schen Fälle wir die Ersten waren, welche im Jahre 1884 10 Fälle dieser Funktionsstörung veröffentlicht und in der deutschen Publikatien derer 12 beschrieben haben. Seit dieser Zeit haben wir gemeinschaftlich 27 Fälle von hyperacider Hypersekretion zu beobachten Gelegenheit gehabt, also mehr als alle bisher veröffentlichten Fälle zusammen betragen. Es wäre schon nicht am Platze, alle 27 Fälle detaillirt zu beschreiben, zumal da dies bereits bei 12 davon geschehen ist. In allen erwähnten Fällen war trotz jedweder mikroskopischen Spur von Speiseresten auch selbst nach vorhergegangener abendlicher Magenausspülung und nachherigem Nachfasten, also ausserhalb des Verdauungsaktes im nüchternen Magen, — ein stark salzsäurehältiger Mageninhalt anzutreffen. Mit unserer Eiweissmethode haben wir uns in diesen Fällen überzeugt, dass während des Verdauungsaktes eine noch viel höhere H Cl-Acidität des Mageninhaltes auftritt, dass aber der Verdauungsakt nicht in allen Fällen nach demselben Typus vor sich geht, und wir haben auch schon im „Przegląd lek.“, als auch in der „Z. f. kl. M.“ auf Grund der 12 damals beobachteten Fälle drei Gruppen unterschieden: a) Einfache saure Hypersekretion. b) Saure Hypersekretion mit mechanischer Insuffizienz. c) Saure katarrhalische Affektion. Allen diesen Gruppen ist der grosse Aciditätsgrad des Magensaftes, von H Cl herrührend, zu jeder Tageszeit gemeinsam. Dagegen unterscheiden sie sich durch die Verdauungsdauer und das Aussehen des Mageninhaltes.

Zur ersten Gruppe haben wir Fälle mit folgendem Befunde gezählt: Normaler Verdauungschemismus (nach sechs Viertelstunden sind die Eiweisstücke aus dem Magen nicht zu aspiriren), der Mageninhalt ist wasserhell, ohne morphotische Bestandtheile, aber stark H Cl-haltig. Dasselbe Resultat er-

gibt auch LEUBE's Beefsteakmethode: nach 7 Stunden untersucht, ist der Magen speiseleer, enthält aber noch eine klare Magenflüssigkeit von hohem HCl-Gehalte. Die zweite Gruppe umfasst Fälle mit derselben Abnormität in der Magensaftsekretion, aber bei Prüfung mit der Eiweissmethode sind Eiweissstücke noch nach 8 und mehr Viertelstunden im Magen anzutreffen. Ein Beefsteak dagegen wird gewöhnlich nach 7 Stunden aus dem Magen, aber mit Zurücklassung einer stark HCl-haltigen Magenflüssigkeit, fortgeschafft.

Die schwerste Funktionsstörung haben wir in der dritten Gruppe von Fällen gefunden. Das Aussehen der Magenkranken deutet auf ein schweres Leiden, das wir bisher als dem Magenkatarrh eigenthümlich anzusehen gewohnt waren. Der nüchterne Magen enthält stets grössere Quantität stark HCl-haltigen Magensaftes. Der HCl-Gehalt während des Verdauungsaktes ist grösser als in vorigen Gruppen, dagegen die eingeführten Speisen und Verdauungsprodukte verweilen im Magen sehr lange. Charakteristisch für diese Fälle ist das Verhalten des Gallenschleimes im aspirirten Mageninhalte. In unserer erwähnten Abhandlung („Z. f. kl. M.“, Bd. XI, H. 2) ist unter Anderem Folgendes zu lesen: „(Gelb) gefärbte Schleimflocken im nüchternen Mageninhalt, dessen Filtrat farblos ist, beweisen daher, dass die Acidität des nüchternen Mageninhaltes abnorm und dessen mechanische Leistungsfähigkeit herabgesetzt ist.“ Die Fälle dieser Gruppe wurden auch mittelst Beefsteakmethode geprüft, aber das nachherige Aussehen des Mageninhaltes ist nicht immer so charakteristisch wie es RIEGEL angibt, indem derselbe sagt: „Besonders charakteristisch ist das Aussehen des Filterrückstandes, man sieht in demselben zahlreiche grobe Amylaceenreste, Brodbröckel u. dgl., während von Fleischfasern nichts mehr zu erkennen ist.“ Solcher Befund ist in der That oft anzutreffen, jedoch die Verspätung der Verdauung betrifft sowohl die Amylaceen, als auch Eiweissstoffe und wir haben auch nach 8 Stunden bei derlei Individuen unverdaute Fleischstücke aspirirt. Genauer konnten wir uns mittelst der Eiweissmethode davon überzeugen, indem noch nach 12 Viertelstunden Eiweissstücke im Magen anzutreffen waren. Dieser bemerkenswerthe Befund, dass trotz der überaus grossen Acidität des Mageninhaltes die Eiweissstoffe übermässig lange im Magen verweilen und Anlass zur Ansammlung der Verdauungsprodukte geben, haben wir der Herabsetzung der mechanischen Magenfunktion und Resorptionsfähigkeit der Magenschleimhaut zugeschrieben. Denn in Folge dieser Störungen kommt es in der That zur Ansammlung der Salzsäure und Verdauungsprodukte im Magen, welche Momente nach Beobachtungen von BRÜCKE und Anderen ein Hinderniss für eine gehörige Peptonisation bilden.

Eines entscheidenden Urtheils über die anatomischen Aenderungen bei diesen Magenfunktionsstörungen wollen wir uns enthalten. Dies wollen wir aber hervorheben, dass wir in der dritten Gruppe unserer Fälle gewisse Quantitäten von Magenschleim, eine Herabsetzung der Muskelthätigkeit des Magens, ein Hervortreten von Magenektasie und eine jahrelange Dauer der Störung beobachteten und daher dieselbe als eine saure katarrhalische Affektion bezeichnet haben. Wir wären nicht geneigt die saure Hypersekretion als Ursache der Magenektasie anzusprechen, wie es Riegel mit den Worten thut: „Demnach würde als eine der wenn auch selteneren Ursachen der Ektasie die chronische Hypersekretion des Magens zu bezeichnen sein.“ Wir mussten dieselbe als die Folge einer und derselben Grundursache ansehen: Zuerst wird nämlich die Magenschleimhaut alterirt, was sich durch saure Hypersekretion kundgibt, ohne Symptome einer Magenektasie, noch Störung des Verdauungsmechanismus, wie es unsere erste Gruppe und Reichmann's zwei Fälle bezeugen. Von dieser ersten Erkrankungsstufe schreitet der pathologische Zustand auf die Muskelschichte, wodurch die Herabsetzung des Verdauungsmechanismus, wie sie in unserer zweiten und dritten Gruppe gefunden wurde, hervorgebracht wird. Dass in der letzten Gruppe anatomische Aenderungen des Organs sicher vermuthet werden können, ergibt sich aus unseren anderen Beobachtungen über die Verdauungsfunktion bei Magenektasie mit Pylorusstenose, denn bei diesen verlauft die Magenverdauung ganz so, wie wir sie in der Gruppe III geschildert haben. Besonders sind die zwei Fälle von starker Pylorusstenosirung anzuführen, bei welchen ein stark von H Cl hypersekreter und sehr verdauungsfähiger Mageninhalt stets zu aspiriren war und dennoch blieben Fleischstücke bis auf den anderen Morgen und Eiweissstücke 6—8 Stunden im Magen liegen, der Verdauungschemismus allein konnte bei grosser Hyperacidität des Mageninhaltes und Herabsetzung der Resorptionsfähigkeit bei daniederliegendem Verdauungsmechanismus die eingeführten Eiweisssubstanzen nicht bewältigen. Wir haben uns über Resorptionsunfähigkeit der Magenschleimhaut in der That überzeugt, denn in beiden Magenektasien konnten durch eine, in den Magen hereingebrachte Kochsalzlösung keine Chloride im Urin, wo sie stets fehlten, zum Vorschein gebracht werden, aber auch nach Darreichung von 0·4 KJ konnte erst am folgenden Tage nur eine ganz schwache Reaktion auf Jod im Harne erzielt werden.

Unter den subjektiven Symptomen wurden von den von uns beobachteten hypersekreten Kranken grosse Magenschmerzen, besonders nach dem Mittagessen, verspürt, so dass zu Morphiuminjektionen Zuflucht genommen werden musste; wir nahmen auch, wie Riegel es jetzt bemerkt, an, dass die Schmerzen

in Hyperacidität des Mageninhaltes und der Ansammlung der Verdauungsprodukte ihren Grund hätten. Von anderen subjektiven Symptomen wurde Sodbrennen, Magenbrennen, Empfindlichkeit bei Palpation der Magengegend bemerkt. Erleichterung der subjektiven Magenbeschwerden brachten Aufnahme von Getränken, wahrscheinlich durch Verdünnung, und die Magenausspülungen, nach welchen die Kranken selbst verlangten, durch Entfernung des hyperaciden Mageninhaltes. Schon eine Ausspülung mit lauwarmem Wasser war von grosser Erleichterung, dagegen bei Anwesenheit von Sarcine oder Hefepilze eine Bor- oder Salicylsäurelösung von Vortheil. Eine Chamäleon- oder Zinksulfatlösung zur Ausspülung oder intern angewendet, vergrösserte die Hypersekretion und auch die Magenbeschwerden. Am ehesten schwand die hyperacide Hypersekretion nach 3—4wöchentlicher Ausspülung oder interner Anwendung des Karlsbader Wassers oder Lösungen von Karlsbader Quellsalz. Am hartnäckigsten war das Leiden, wenn es mit mechanischer Funktionsstörung kombinirt war. Es gelang uns nur in einigen Fällen, durch therapeutische Massregeln den Verdauungsmechanismus zu heben. Es muss somit in der Magenmuskulatur eine tiefere anatomische Störung vor sich gegangen sein. Ausserdem wurden zur Linderung subjektiver Beschwerden in einigen Fällen Narkotica angewendet. Die Diät war vorwiegend Fleischdiät, nur in einem Falle war so ein grosser Widerwille gegen Fleischspeisen, welche auch in der That die Magenschmerzen steigerten, dass Stärkekost in Gebrauch gezogen werden musste.

Bemerkenswerth ist das ätiologische Moment für die Entstehung der besprochenen Erkrankungsform. Wir haben dieselbe vorwiegend bei polnischen Israeliten (unter 27 Fällen 16 Israeliten) angetroffen, bei welcher Bevölkerung wir auch im physiologischen Zustande einen höheren Aciditätsgrad als bei christlicher Bevölkerung vorgefunden haben. Dieser Umstand ist höchst wahrscheinlich mit der Ernährungsweise der hiesigen Israeliten mit scharfen Speisen, z. B. Knoblauch, Zwiebel, Häringe u. s. w., in Zusammenhang zu bringen.

Indem wir unsere Betrachtungen schliessen, sprechen wir nochmals die Ansicht aus, dass die kontinuirliche Hypersekretion des Magensaftes mit einer von HCl hervorgehenden Hyperacidität, fast jeden Reizzustand der Magenschleimhaut begleitet und eine häufige Funktionsstörung ist, viel häufiger als die Verringerung oder gar als Mangel an Salzsäuresekretion.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp., Wien, I., Augustinerstrasse 12.